



Día	Mes	año

Exp. ....

### TRÁMITE DE REVÁLIDAS

(de materias aprobadas en facultades, Institutos, Escuelas y Otros)

Quien suscribe .....

(Apellidos y Nombres completos),

estudiante de la Carrera **NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA** – Sede..... Generación.....

Cédula de Identidad:..... solicita se le revalide las siguientes materias por haberlas aprobado en la Carrera de:.....Plan:.....

	Detalle de materias	Marque con una cruz	Indique n° de página/s donde encontrar la información en la documentación presentada
1er año	<b>ESFUNO</b> <i>Anatomía</i>		
		<i>Biología celular y Tisular</i>	
		<i>Neurobiología</i>	
		<i>Cardio vascular y respiratorio</i>	
		<i>Digestivo, renal y endocrino</i>	
		<i>Reproductor y desarrollo</i>	
		<i>Profundización</i>	
	Psicología I		
	Metodología Científica		
	Enfermería		
Salud pública			
2do año	Introducción a las técnicas de Registro		
	Física Electrónica I		
	Clínica Neurológica		
	Neurofisiología Básicas y Experimental		
	Física Electrónica II		
	Farmacología		
	Neurofisiología Clínica I		
	Deontología y legislación laboral		
	Administración Hospitalaria		
3er año	Neurofisiología Clínica II		
	Electroencefalografía en el niño y el adulto		
	Potenciales evocados		
	Informática en Neurofisiología		



4to año	Electroencefalografía cuantitativa y digital		
	Estudios del sistema periférico		
	Polisomnografía en el niño y el adulto		
	Monografía		

**Datos del estudiante:**

Correo electrónico.....

Nro. de celular o teléfono.....

Firma del estudiante.....